



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15044 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00  
A61K 35/16  
A61K 38/17

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

#### (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ОСТЕОМІЄЛІТІВ ЩЕЛЕП

1

2

(21) u200511430

(22) 02.12.2005

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Матрос-Таранець Ігор Миколайович, Каліновський Дмитро Костянтинович, Алексєєв Сергій Борисович, Іващенко Ксеня Олександрівна

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб хірургічного лікування хронічних остеомієлітів щелеп, що включає забезпечення доступу до ділянки остеомієлітичного процесу, обробку секвестральної порожнини з видаленням секвестрів та патологічних грануляцій, заповнення секвестральної порожнини пластичним матеріалом, який **відрізняється** тим, що як пластичний матеріал використовують тромбоцити з підвищеним вмістом фібрину.

Спосіб хірургічного лікування хронічних остеомієлітів щелеп відноситься до галузі медицини, зокрема до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при лікуванні хронічних травматичних та одонтогенних остеомієлітів щелеп.

Найбільш близьким за технічною сутністю заявленому способу є спосіб хірургічного лікування остеомієлітів щелеп [1] шляхом забезпечення доступу до ділянки остеомієлітичного процесу, обробки секвестральної порожнини з видаленням секвестрів та патологічних грануляцій, заповнення секвестральної порожнини пластичним матеріалом (гідроксиапатитом, біоєкерамікою, кістковим трансплантатом тощо).

Недоліком відомого способу є те, що пластичний матеріал для заповнення щілини перелому представлений або алотрансплантатом, для виготовлення якого потребується певний час та кошти, або аутоотрансплантатом, який потребує проведення додаткового оперативного втручання, що обмежує його використання та складає певний ризик відторгнення трансплантата та загострення запального процесу.

В основу корисної моделі покладено задачу вдосконалення способу хірургічного лікування хронічних остеомієлітів щелеп, який дає можливість забезпечити оптимальні умови відновлення кісткової тканини в ділянці запалення, знизити ризик повторних загострень процесу та скоротити терміни тимчасової непрацездатності завдяки застосуванню в ділянці остеомієлітичного процесу у

якості пластичного матеріалу природного фактору росту. Покладена задача вирішується за рахунок того, що у способі хірургічного лікування хронічних остеомієлітів щелеп, який містить забезпечення доступу до ділянки остеомієлітичного процесу, обробку секвестральної порожнини з видаленням секвестрів та патологічних грануляцій, заповнення секвестральної порожнини пластичним матеріалом, пластичний матеріал представлений природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом фібрину.

Запропонований спосіб хірургічного лікування хронічних остеомієлітів щелеп здійснюють шляхом забезпечення доступу до ділянки остеомієлітичного процесу, обробки секвестральної порожнини з видаленням секвестрів та патологічних грануляцій, заповнення секвестральної порожнини пластичним матеріалом, який представлений природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом фібрину.

Новим у заявленому способі є те, що пластичний матеріал для заповнення секвестральної порожнини представлений природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом фібрину.

Реалізують спосіб таким чином: для приготування тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину безпосередньо перед операцією у постраждалого виконують забір 5-25 (в залежності від об'єму секвестральної порожнини) мл крові з вени у стерильні пробірки за стандартною методикою, центри-

(19) UA (11) 15044 (13) U

фугують їх у центрифугу на швидкості від 100 до 6000об/хв. протягом 15 хвилин, внаслідок чого у пробірках утворюються три фракції: у нижній частині осаджуються кров'яні тільця, у верхній частині - плазма з низьким вмістом тромбоцитів, а проміж цих двох фракцій - згусток з підвищеним вмістом тромбоцитів, який дістають прямим пінцетом; потім здійснюють доступ до ділянки остеомієлітичного процесу зі шкіряного, внутрішньоротового або комбінованого розтину (в залежності від локалізації процесу), здійснюють хірургічну обробку секвестральної порожнини з видаленням усіх секвестрів та патологічних грануляцій; виконують антисептичну обробку секвестральної порожнини та заповнюють її приготовленими згустками тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину; рану пошарово зашивають, дренують.

Приклад №1. Хворий М., 47 років, І.Х. №1473, потрапив до клініки щелепно-лицевої хірургії 13.10.03 з приводу хронічного травматичного остеомієліту нижньої щелепи в ділянці кута зліва. 14.10.03 під місцевим знеболюванням проведено оперативне втручання - секвестректомія за описаною методикою. Післяопераційний період проходив без ускладнень. На контрольних рентгенограмах у двох проекціях від 24.10.03 - усі секвестри видалено, в ділянці секвестральної порожнини помірно виражені репаративні явища. 24.10.03 був виписаний на амбулаторне лікування. Анатомічний і функціональний результат гарний. Термін тимчасової непрацездатності склав 24 доби. Протягом 2

місяців після операції загострень не спостерігалось.

Приклад №2. Хвора Н., 42 років, І.Х. №1489, потрапила до клініки щелепно-лицевої хірургії 15.10.03 з приводу хронічного одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи в ділянці 46, 47 зубів. 16.10.03 під місцевим знеболюванням проведено оперативне втручання - секвестректомія за описаною методикою. Післяопераційний період проходив без ускладнень. На контрольних рентгенограмах у двох проекціях від 26.10.03 - секвестри видалено, в ділянці секвестральної порожнини помірно виражені репаративні явища. 27.10.03 була виписана на амбулаторне лікування. Анатомічний і функціональний результат гарний. Термін тимчасової непрацездатності склав 21 добу. Протягом 1,5 місяців після операції загострень не спостерігалось.

Використання цього способу дає можливість відновити об'єм втраченої в результаті остеомієлітичного процесу кісткової тканини з використанням природного фактору росту - тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину, що дає можливість створити оптимальні умови для відновлення кісткової тканини в ділянці запалення, знизити ризик повторних загострень процесу та скоротити терміни тимчасової непрацездатності хворих.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Т. II. - Киев: Червона Рута-Турс, 1998. - С. 134.